

# Challenging the patient centred paradigm: designing feasible guidelines for doctor patient communication

Citation for published version (APA):

Veldhuijzen, W. (2011). *Challenging the patient centred paradigm: designing feasible guidelines for doctor patient communication*. [Doctoral Thesis, Maastricht University]. Maastricht University.  
<https://doi.org/10.26481/dis.20110617wv>

## Document status and date:

Published: 01/01/2011

## DOI:

[10.26481/dis.20110617wv](https://doi.org/10.26481/dis.20110617wv)

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)


## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

Download date: 04 May. 2023

A grayscale photograph of ancient Egyptian statues. On the left is a large sphinx with a rounded head. In the center is a smaller, seated statue. On the right is a large, standing statue of a pharaoh with a detailed headdress. The word "Summary" is overlaid in black text on the left side of the image.

## Summary



# Summary

## Chapter 1

This introductory chapter starts with a description of the historical background and the effectiveness of attempts to change the way doctors communicate with their patients. After an analysis of possible causes of the general lack of impact of these attempts, it is concluded that one of the probable causes is that recommendations for doctor patient communication lack feasibility or usefulness for clinical practice. This leads to the aim of this thesis: to gather information on the feasibility and usefulness of recommendations for doctor patient communication, which are the basis for efforts to influence doctors' communication. The underlying aim is to gain knowledge that can be used to develop recommendations for doctor patient communication that can be successful in enhancing doctor patient communication in clinical practice.

Next, the theoretical perspective used in this thesis is described. Documents containing recommendations, guidance or instructions concerning doctor-patient communication are considered communication guidelines. This interpretation allows for the use of the literature on the implementation of clinical practice guidelines to explore and explain problems in efforts to influence doctor-patient communication. A framework derived from this literature describes factors that can influence the implementation of recommendations for doctor patient communication and identifies gaps in the literature. The framework illustrates that little is known about the quality of communication guidelines, what drives doctors' communicative behaviour during patient encounters and the congruence of doctors' and patients' experiences during consultations. This gives rise to the following research questions:

1. What are the objective and experienced strengths and weaknesses of the current guidelines for doctor patient communication?
2. What drives doctors' communicative behaviour in clinical practice?
3. To what extent are the opinions and goals of doctors congruent with those of their patients during consultations?

## Chapter 2

The aim of the study reported in this chapter was to describe the guidelines for doctor patient communication used in communication training for GP trainees. It was also the first of three studies that explored the quality of communication guidelines. The guidelines were extracted from educational materials supplied by the eight Dutch university centres for vocational training in general practice. The analysis of the guidelines was guided by four themes: content, type of contact, format and structure, and status. The quality of the guidelines was assessed with

the AGREE instrument, a validated measurement instrument for the assessment of the quality of clinical guidelines.

It proved difficult to extract guidelines for doctor patient communication from the materials of the GP training courses due to variety in terminology and lack of clarity concerning the status of documents. Nevertheless, eighteen guidelines were identified. Nine of them related to general consultations and nine related to specific situations such as breaking bad news or handling conflicts. Depending on the university, guideline content covered 64%-100% of the GP qualification requirements. Format, structure and number of recommendations differed widely between guidelines. There were no indications that guideline use was obligatory. The AGREE scores were low.

It was concluded that the Dutch communication guidelines for GPs are of low quality, hardly based on evidence and developed with a lack of attention to applicability and user involvement. Additionally, there was considerable difference between individual guidelines in subjects, content and format, and between universities in the use of different guidelines. It was not clear what caused these differences.

### **Chapter 3**

This chapter describes a study exploring the strengths and weaknesses of communication guidelines as experienced by users. Seven mixed focus groups, consisting of experienced GPs, communication trainers (GPs and behavioural scientists) and communication learners (GP trainees and medical students), and three focus groups consisting of GP trainees only discussed the main communication guidelines in use during GP training in one of the seven participating universities. These guidelines were a subset of the generic communication guidelines described in chapter 2.

The groups reported considerably more weaknesses than strengths of the communication guidelines. The main problem was that the guidelines did not fit well into GPs' day-to-day practice. This was attributed to the rigidity and inefficiency of the communication guidelines and erroneous assumptions underpinning guideline development. Guideline use was most strongly facilitated by guideline structure. Guidelines that were structured into distinct phases were considered helpful for doctors to remain in control of consultations, which was considered especially important for complicated consultations.

Although communication guidelines were generally considered useful, especially in structuring consultations, their usefulness was impaired by lack of flexibility and applicability to practice routines. It was suggested that communication guidelines would be more user centred and feasible when they combined the advantage of helping doctors structure consultations with flexibility to tailor communication strategies to specific contexts and situations.

## Chapter 4

In this study the participants in the focus groups were again asked to reflect on the strengths and weaknesses of the same communication guidelines but this time focused on the learning and teaching of the recommendations of the guidelines.

Five key attributes of guidelines for communication skill training were identified: complexity, level of detail, format and organisation, type of information, and trustworthiness/validity. Which characteristics were appreciated most for these attributes was related to specific educational purposes and learners' expertise. According to the participants the guidelines were more useful for educational purposes than for application in practice. They were negative regarding the validity of the guidelines as descriptors of best practice or when used for assessment.

These results suggest that the communication guidelines used in GP training in the Netherlands are based on an oversimplified model of doctor patient communication. While facilitating the learning and teaching of the guidelines as a set of tricks, this simplification was deemed to hamper the acceptance of the guidelines as a guide for good communicative behaviour in clinical practice.

## Chapter 5

This study was inspired by the limited alignment of the communication guidelines with GPs' day-to-day practice due to the fact that the recommendations are too generic and developed for communication in general while GPs tailor their communication to the situation at hand (chapter 3).

Because of scant knowledge with regard to what drives doctors' communicative behaviour, stimulated recall interviews were conducted with GPs to explore how they select communicative actions during patient encounters. The GPs were asked to comment on recordings of two of their recent consultations. Based on these interviews, the goal-directed communicative action model was developed.

This model illustrates how GPs' communicative actions are shaped in a complex process in which GPs constantly adapt their selection of communicative actions to their evolving evaluation of the situation. These evaluations culminate in the selection of situation-specific goals for individual consultations. The impact of GPs' consultation goals on the selection of communicative actions outweighs all other influences. These multiple and often dynamic goals require constant revision and adaptation of the discourse during consultations. GPs go to considerable lengths to tailor their actions to individual patients. In selecting consultation goals GPs weigh patients' needs and preferences as well as the medical situation and its consequences. In the final selection of communicative actions GPs attempt to tailor their communication to individual patients.

These findings suggest that goal-related, situational communication guidelines are more in line with communicative routines in clinical practice than the existing communication guidelines.

## Chapter 6

While the study described in chapter 5 identified consultation goals as the strongest influence on communication during consultations, the study described in chapter 6 examined in more depth what drives GPs' communicative behaviour by exploring GPs' consultation goals.

Three different qualitative data sets were triangulated. The data obtained from the focus groups and stimulated recall interviews (chapters 3, 4 and 5) were re-analysed to identify consultation goals. In addition think-aloud interviews were conducted with 16 GPs, who were observed during 246 consultations and immediately after each consultation asked to describe which goals they had pursued.

The results show that GPs pursue multiple goals in the majority of consultations. Many of these goals compete with each other for time or are in direct conflict with each other. The goals concern different personal or organisational aspects: maintaining the health of the patient, the patient's well-being, work satisfaction of the GP, the organisation of care, and public health agendas.

This study indicates that GPs consider no single goal so important that they pursue it in every consultation. Besides patient centeredness, the GPs in this study discerned many other aspects of high quality health care. As high quality care takes time and time is scarce, GPs set priorities in every new consultation. The need to choose between different aspects of quality of care explains why GPs do not communicate in accordance with a single model, like the patient-centred one.

## Chapter 7

In this study we tested the notion that doctors' communication is goal driven (qualitative interview study, chapter 5) against observational data by exploring the predictive value of specific consultation goals for GPs communicative behaviour.

Nine hypotheses on the effect of consultation goals on communicative behaviour were tested. Data on communicative behaviour were gathered by rating consultations on the MAAS-global, a validated measurement instrument for doctors communicative behaviour. Data on consultation goals were derived from the analysis of the think-aloud interviews with the GPs immediately after each consultation.

The results confirm that GP-patient communication is goal directed. Six hypotheses were confirmed, showing moderate to large effects of goals on communication scores. The other three hypotheses showed a (non-significant) difference in the predicted direction. In general, patient-centred goals lead to higher scores on patient-centred communication items, whereas health-related goals lead to lower scores on these items.

## Chapter 8

One of the goals of training doctors in patient centred communication is to improve the match between doctors and patients goals in consultations. In this study we explored the extent to which doctors' and patients' consultation goals match in normal practice and test acceptability and validity of a measurement procedure for this purpose.

We obtained data on patients' goals and patient satisfaction from a pre-consultation questionnaire and a post-consultation questionnaire, respectively. Data on doctors' goals were derived from think aloud interviews directly after consultations. Two raters independently rated three aspects of goal match on a five-point scale.

The methodology seemed acceptable to doctors and patients. High inter-rater variation necessitated consensus discussions between raters. The validity of the goal match construct was supported by a positive association of goal match with several aspects of patient satisfaction. The results for goal match were better than the predominantly negative reports in the literature had led us to expect. Further studies are needed to verify our results. Confirmation of our results would warrant exploration of how doctors achieve goal match.

## Chapter 9

Many of the outcomes of doctor-patient communication that are considered relevant by doctors and researchers relate to the impact on patients. This implies that in order to evaluate the effectiveness of their communication doctors need to interpret how it affects their patients. This is problematic because the difference between doctors and patients in knowledge and roles gives rise to different perspectives on communication. This study investigated the extent of similarities in the way doctors and patients perceive doctors' communication skills.

For this study we re-analysed data obtained for psychometric evaluation of the 'Matched Pair Instrument', a communication assessment instrument that measures both doctor and patient perceptions of doctors' communication as it occurs in a single consultation. A multi-level analysis method specially developed to analyse dyadic data (i.e. a combination of doctor and patient data on the same consultation) was used to analyse to what extent: 1) doctors' perceptions of their communication skills were congruent with their patients' perceptions; 2) the patients of a specific doctor agreed on their doctor's communication skills; and 3) doctors varied in the degree to which their self-scored communication skills predicted their patients' perceptions of their skills.

With regard to question 1, we found low agreement between doctors and patients regarding doctors' communication skills. Agreement between doctors and patients in individual consultations was only just significant and agreement between doctors' self-scored consultation skills showed no statistically significant relationship with the patients' scores on these skills. With regard to question 2, we



found rather low agreement among patients on the communication skills of their doctors, whereas the doctors scores on their communication were quite consistent across consultations with different patients. With regard to question 3, we found no evidence of variation between doctors in the extent to which their communication scores predicted those of their patients.

Overall, the results of this study indicate that doctors and their patients have very different perspectives on the level of doctors' communication skills.

## Chapter 10

In this chapter the answers to the three questions derived from the eight studies of this thesis are integrated and discussed in the light of the strengths and weaknesses of the thesis and the broader literature. It is shown that the findings of this thesis are supported by literature describing similar findings in other areas and offering further explanations. Thus, both the trustworthiness and the validity of the findings are supported.

Next, the results are placed within the wider framework of factors relevant to the implementation of communication guidelines, described in the introduction. From the extended version of the framework it is concluded that despite the investments in communication training, factors inhibiting the implementation of communication guidelines are considerably more numerous than factors that stimulate it. The main problems identified in this thesis are:

1. A lack of objective quality of communication guidelines, leaving users with too little positive information to convince them to apply the guidelines.
2. A lack of positive experiences of users in applying the guidelines, which may be partly due to difficulties in evaluating the effects of communication on patients. The difference between doctors' and patients' opinions regarding doctors' communication may be a complicating factor in evaluating these effects.
3. The problematic fit of the guidelines with resources and existing routines in clinical practice, which seems mainly due to a discrepancy between the generic nature of communication guidelines and the situation specific and goal directed nature of doctors' communication.

This conclusion is followed by two central recommendations for practice.

1. Focus on supporting doctors in delivering high quality health care, not on changing their communicative behaviour.
2. Doctors should take responsibility for doctor-patient communication.

These recommendations are elaborated into more specific recommendations for developers of communication guidelines, communication trainers and communication researchers. This thesis concludes with a set of recommendations for future research to support the development of communication guidelines that doctors experience as helpful in improving the quality of their health care.



## Samenvatting



# Samenvatting

## Hoofdstuk 1

Dit inleidende hoofdstuk begint met het schetsen van de historische achtergrond van de wens artsen anders met patiënten te laten communiceren en beschrijft de effectiviteit van de pogingen om arts-patiënt communicatie te veranderen. Er wordt geconcludeerd dat deze effectiviteit te wensen over laat, waarna gekeken wordt naar mogelijke oorzaken. De hoofdhypothese van dit proefschrift is dat bestaande aanbevelingen voor arts-patiënt communicatie niet geschikt zijn voor de klinische praktijk. Dit enerzijds omdat ze niet goed passen binnen de randvoorwaarden die de kliniek stelt en daardoor onvoldoende werkbaar zijn, anderzijds omdat ze niet de door artsen gewenste resultaten opleveren en dus onvoldoende bruikbaar zijn. Het hoofddoel van dit proefschrift is dan ook het in kaart brengen van de werkbaarheid en bruikbaarheid van de huidige aanbevelingen voor arts-patiënt communicatie en waar mogelijk het doen van aanbevelingen om deze te verbeteren. Het achterliggende doel is om informatie te verzamelen op basis waarvan aanbevelingen kunnen worden ontwikkeld die goed aansluiten bij de praktijk en die daardoor geschikt zijn om arts-patiënt communicatie in de medische praktijk van alledag te verbeteren.

Vervolgens wordt in dit hoofdstuk het theoretisch kader beschreven. Belangrijk daarin is dat alle documenten die tips, aanbevelingen of handelingsinstructies geven voor arts-patiënt communicatie in dit proefschrift worden beschouwd als richtlijnen voor arts-patiënt communicatie. Deze interpretatie maakt het mogelijk kennis uit de literatuur over implementatie van richtlijnen in te zetten bij het analyseren van problemen bij het beïnvloeden van de communicatie van artsen. In een raamwerk dat is afgeleid van deze literatuur worden de factoren die de implementatie van aanbevelingen voor arts-patiënt communicatie beïnvloeden beschreven en welke lacunes er op dit terrein zijn in de literatuur. Dit raamwerk laat zien dat er weinig bekend is over de kwaliteit van richtlijnen voor arts-patiënt communicatie, over de manier waarop communicatie van artsen tijdens consulten tot stand komt en over de mate waarin ervaringen van artsen en patiënten tijdens consulten overeenkomen.

Dit leidt tot de volgende drie onderzoeksvragen:

1. Wat zijn sterke en zwakke kanten van de huidige richtlijnen voor arts-patiënt communicatie?
2. Hoe komt communicatie van artsen tijdens consulten tot stand?
3. In welke mate stemmen de meningen en doelen van artsen overeen met die van hun patiënten tijdens consulten.

## Hoofdstuk 2

Het doel van dit hoofdstuk was om de richtlijnen voor arts-patiënt communicatie die momenteel in op de huisartsopleidingen gebruikt worden in kaart te brengen door ze te beschrijven en hun kwaliteit vast te stellen met behulp van AGREE, een gevalideerd meetinstrument voor de kwaliteit van klinische richtlijnen. De richtlijnen bleken moeilijk te identificeren binnen het onderwijsmateriaal en sterk te variëren voor alle beschreven eigenschappen. De helft van de richtlijnen bleek generiek, dat wil zeggen dat de aanbevelingen gedaan werden onafhankelijk van consultspecifieke kenmerken, zoals soort patiënt of soort probleem. De andere helft van de richtlijnen was ontwikkeld voor specifieke situaties. Voorbeelden hiervan zijn een richtlijnen voor het brengen van slecht nieuws of het counsellen van patiënten met psycho-sociale problemen. In de kwaliteitsmeting scoorden de communicatie-richtlijnen beduidend lager dan richtlijnen voor medisch technisch handelen. De scores voor betrokkenheid van belanghebbenden en voor toepasbaarheid waren laag, scores voor de mate waarin de richtlijnen evidence-based zijn, waren zeer laag.

## Hoofdstuk 3

In dit hoofdstuk worden de sterke en zwakke kanten van communicatie richtlijnen bij toepassing in de klinische praktijk in kaart gebracht. Hiervoor hebben we studenten, praktijkopleiders en docenten in gemengde focusgroepen naar hun ervaringen gevraagd. Zij beschreven veel meer negatieve dan positieve kanten van de richtlijnen. Hun grootste probleem was dat de richtlijnen niet goed passen in de dagelijkse praktijk van de huisarts. Gebruikers ervaren de richtlijnen als rigide en gebaseerd op onterechte aannames over artsen, patiënten en de situatie tijdens consulten. De meest gewaardeerde eigenschap van de richtlijnen is hun onderverdeling in conceptueel verschillende opeenvolgende fases. Deze structuur geeft artsen meer grip op het consult doordat het overzicht geeft en duidelijk maakt wat er nog besproken moet worden. Dit vond met name voor complexe consulten belangrijk. In het algemeen werden de communicatie richtlijnen wel beschouwd als nuttig, met name voor structurering van consulten. Onze deelnemers gaven aan dat communicatie-richtlijnen bruikbaar zouden worden voor de praktijk wanneer ze de voordelen van het structureren van consulten zouden combineren met de flexibiliteit om communicatie strategieën aan te passen aan de inhoud en omstandigheden van consulten.

## Hoofdstuk 4

Dit hoofdstuk richt zich op de kenmerken van communicatierichtlijnen die het trainen en aanleren van de aanbevelingen in de richtlijnen ondersteunen. Om deze te identificeren hebben we de studenten, praktijkopleiders en docenten die deelnamen aan de focusgroepen beschreven in hoofdstuk 3, ook op dit terrein

naar hun ervaringen gevraagd. De kenmerken die leerbaarheid en trainbaarheid beïnvloeden houden verband met 5 eigenschappen van de richtlijnen, namelijk: complexiteit, mate van detaillering, structuur, type informatie dat gegeven wordt en validiteit en betrouwbaarheid. De optimale eigenschappen van communicatie-richtlijnen met betrekking tot deze eigenschappen blijken geen uniforme set te zijn. Welke eigenschappen het meest gewaardeerd worden is afhankelijk van de functie die de richtlijn op dat moment in het onderwijs vervult en van de ervaring en het niveau van de gebruikers.

## Hoofdstuk 5

Hoofdstuk 5 beschrijft hoe communicatie van artsen tot stand komt. Op basis van stimulated-recall interviews met 15 huisartsen, die tijdens het interview twee eigen consulten van eerder die dag terugkijken, is een model ontwikkeld voor het proces van het selecteren van een specifieke communicatieve uiting door een huisarts op een willekeurig moment in het consult. In grote lijnen beschrijft het model dat communicatieve uitingen van artsen in consulten primair gericht zijn op het verwezenlijken van consultspecifieke doelen. Deze consultspecifieke doelen worden begrensd door de taakopvatting van de individuele arts en de doelen die deze bij zijn of haar invulling van de professie vindt passen. Consultspecifieke doelen worden vervolgens gekozen om het consult te laten aansluiten bij individuele patiënten en hun medische problemen. Vervolgens selecteren de artsen de communicatietechnieken waarvan ze verwachten dat ze het meest effectief zijn bij het realiseren van de consultspecifieke doelen in de omgang met de specifieke patiënt van dat moment. De validiteit van het model wordt ondersteund door een vergelijking met de literatuur en een beoordeling door huisartsen met ervaring in communicatie onderzoek en/of onderwijs.

## Hoofdstuk 6

Hoofdstuk 6 geeft een overzicht van de consultspecifieke doelen die huisartsen nastreven. Voor deze studie zijn drie datasets gebruikt. De focusgroepinterviews uit hoofdstuk 3 en 4, de stimulated recall interviews uit hoofdstuk 5 en een nieuwe dataset bestaande uit think aloud interviews, gehouden tijdens spreekuren van huisartsen. Voor deze laatste dataset werden 16 huisartsen geobserveerd tijdens hun spreekuur en werden zij direct na elk consult geïnterviewd over de doelen die zij in dat consult nastreefden. De doelen die huisartsen nastreven hebben betrekking op het ondersteunen van de gezondheid van de patiënt, het welzijn van de patiënt, het werkplezier van de arts, de organisatie van zorg en 'public health' (vertaling?). De huisartsen streefden korte termijn doelen na 'achterhalen of de patiënt de medicatie bloeddrukmedicatie correct gebruikt', middellange termijn doelen 'zorgen dat de patiënt begrijpt waarom het gebruik van deze medicatie belangrijk is' en lange termijn doelen 'de kans dat de patiënt een hartaanval krijgt verkleinen'. Huisartsen streefden meestal meerdere doelen tegelijkertijd na. Af en

toe bleken verschillende doelen in hetzelfde consult strijdig met elkaar, vaak was er onvoldoende tijd om alle doelen volledige aandacht te geven en moest de huisarts prioriteren.

## Hoofdstuk 7

In hoofdstuk 7 wordt een bevinding uit hoofdstuk 5 gecontroleerd, namelijk dat communicatie van huisartsen doelgericht is. Hiervoor zijn negen hypothesen geformuleerd over hoe de consultdoelen van huisartsen hun communicatie scores op de MAAS-globaal beïnvloeden. Een voorbeeld van een dergelijke hypothese is: een huisarts die een patiënt emotioneel wil steunen zal in dat consult een hogere score hebben op de communicatie-items exploreren, emoties en empathie dan in consulten waarin hij dat doel niet heeft. Deze hypothese is getest met gebruik van de dataset uit hoofdstuk 6. De doelen die de huisarts nastreefden waren bekend uit de think-aloud interviews, de consulten waarin de huisartsen die doelen nastreefden waren opgenomen en zijn gescoord met de MAAS-globaal, een gevalideerd meetinstrument voor arts-patiënt communicatie. Zes van de negen hypothesen werden bevestigd. Met betrekking tot de overige drie hypothesen werd wel een effect in de voorspelde richting gevonden, dit effect bleek echter niet significant. Hieruit kan geconcludeerd worden dat huisartsen inderdaad doelgericht communiceren.

## Hoofdstuk 8

In de studie voor hoofdstuk 8 werd een methode uitgetest om de doelen van huisartsen en patiënten in hetzelfde consult, met elkaar vergeleken. Dit vanuit de verwachting dat deze sterk zouden verschillen, omdat de literatuur op veel gebieden laat zien dat de perspectieven van artsen en patiënten sterk van elkaar verschillen. De doelen van de huisartsen waren verzameld tijdens de think aloud interviews tussen de consulten. De patiënten die op dat moment op consult kwamen, zijn via vragenlijsten gevraagd naar hun doelen en hun tevredenheid over het consult. De mate van overeenstemming tussen de doelen van de huisarts en de patiënt werd onafhankelijk van elkaar gescoord door twee onderzoekers. Zij scoorden drie aspecten: 1) In hoeverre de arts doelen nastreeft die de patiënt niet nastreeft 2) In hoeverre de patiënt doelen nastreeft die de arts niet nastreeft 3) De mate waarin de doelen van de patiënt en die van de arts conflicteren. De medewerking onder zowel huisartsen als patiënten was hoog, dus de methode lijkt voor beide groepen acceptabel. Een nadeel was dat de overeenstemming tussen de twee onderzoekers vrij laag was. Voor die consulten waarbij de scores afweken zijn daarom consensus discussies gehouden tussen de onderzoekers om tot overeenstemming te komen. Er worden een aantal suggesties gedaan om bij vervolgonderzoek tot een hogere onafhankelijke overeenstemming te komen. Bij de scores viel op dat de overeenstemming hoger was dan verwacht. De mate waarin artsen en patiënten doelen nastreefden die de andere partij niet

nastreefde viel mee. Conflicten tussen doelen van artsen en doelen van patiënten waren zeldzaam.

## Hoofdstuk 9

In hoofdstuk 9 wordt gekeken naar de overeenstemming in de mening van artsen en patiënten over de communicatie van de arts. Hiervoor werd gebruik gemaakt van een bestaande Canadese dataset waarin patiënt en arts aan het einde van het consult een identieke vragenlijst invulden waarin ze de communicatie van de arts beoordeelden. Voor deze studie werd naar drie vragen gekeken. 1) In hoeverre stemt het oordeel van de patiënt en de arts over de communicatie van de arts in het consult overeen? 2) In hoeverre zijn patiënten van dezelfde arts het onderling eens over de communicatieve competentie van hun arts? 3) Zijn er verschillen tussen artsen in de mate waarin hun zelfscores de scores van hun patiënten voorspelden. Er werd nauwelijks overeenstemming aangetroffen. Er was nauwelijks een relatie tussen de scores van artsen en de scores van patiënten voor dezelfde consulten (vraag 1). Artsen scoren hun communicatie vrij consistent over verschillende consulten heen, de scores van hun patiënten variëren echter sterk per consult (vraag 2). Er zijn weinig verschillen in de mate waarin de zelfscores van de arts de scores van hun patiënten voorspellen, ze blijken bij alle artsen een slechte voorspeller te zijn. Deze studie laat zien dat er weinig overeenstemming is tussen artsen en patiënten over het niveau van communicatieve competentie van artsen tijdens consulten.

## Hoofdstuk 10

In dit hoofdstuk worden de resultaten uit de verschillende hoofdstukken geïntegreerd tot samenhangende antwoorden op de drie vraagstellingen van dit proefschrift. Vervolgens wordt de waarde van deze antwoorden geëvalueerd door een analyse van de sterke en zwakke kanten van de in dit proefschrift gebruikte methoden en door een vergelijking met bestaande literatuur. Daarna wordt besproken wat de resultaten van dit proefschrift betekenen voor het raamwerk uit de inleiding waarin de factoren die de implementatie van communicatie richtlijnen beïnvloeden weergegeven worden. Geconcludeerd wordt dat ondanks de grote investeringen in communicatie onderwijs er veel meer factoren zijn die implementatie van de huidige communicatie richtlijnen hinderen, dan factoren die dit bevorderen. De belangrijkste problemen die in dit proefschrift geïdentificeerd werden zijn:

- De kwaliteit van de richtlijnen schiet te kort wat betreft objectieve kenmerken; daardoor is er te weinig informatie die gebruikers overtuigt dat het nuttig is om ze toe te passen.
- Gebruikers hebben te weinig positieve ervaringen met het toepassen van deze richtlijnen. Dit kan onder andere komen doordat het voor artsen erg moeilijk is om te weten welke effecten hun communicatie op de patiënt heeft.



- De communicatie-richtlijnen zijn niet afgestemd op de randvoorwaarden van de praktijk. Dit lijkt voor een groot deel te komen door hun generieke aard die botst met de gewoonte van huisartsen om doelgericht te communiceren.

Om aan deze problemen tegemoet te komen worden twee hoofdaanbevelingen gedaan

1. Neem het steunen van artsen bij het leveren van goede zorg als uitgangspunt in plaats van het veranderen van hun communicatie
2. Artsen dienen zelf verantwoordelijkheid te nemen voor arts-patiënt communicatie, uiteraard met betrekking tot de uitvoering, maar ook wat betreft richtlijnontwikkeling, onderwijs en onderzoek.

Deze aanbevelingen worden uitgewerkt in meer gedetailleerde aanbevelingen voor richtlijnontwikkelaars, docenten en onderzoekers. Hierin wordt beschreven hoe zij kunnen bijdragen aan communicatie-richtlijnen en communicatie-onderwijs dat door artsen als een steun wordt ervaren bij het realiseren van goede zorg.